



DANA MOLINA PIEDRA

**MELHOR PREVENIR: INTERVENÇÕES EDUCATIVAS JUNTO A
USUÁRIOS EM RISCO DE DESENVOLVER DIABETES MELLITUS**

**CAMPO GRANDE / MS
2015**

DANA MOLINA PIEDRA

**MELHOR PREVENIR: INTERVENÇÕES EDUCATIVAS JUNTO A
USUÁRIOS EM RISCO DE DESENVOLVER DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do Mato
Grosso do Sul como requisito para obtenção
do título de Especialista em Atenção Básica
em Saúde da Família. Orientadora: Prof
Silvana Dias Corrêa Godoi

**CAMPO GRANDE / MS
2015**

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus ,pelo entusiasmo criador e pela presença serena nos momentos difíceis.Dedico a meus amados filhos e a minha mãe que não me deixaram abater diante dos obstáculos e por acreditarem plenamente na minha capacidade .Dedico - lhes acima de tudo meu afeto e incondicional amor.

AGRADECIMENTOS

A minha tutora Silvana Dias Corrêa Godói pela compreensão, preocupação e grande contribuição para confecção deste.

Agradeço a todos por estarem ao meu lado me incentivando no exercício desta profissão tão importante e essencial para a humanidade.

Agradeço ao Programa mais médico que me proporcionou à oportunidade de trabalhar como médico da família, onde tenho um contato próximo com os problemas que afetam a saúde da comunidade. Sempre pensando que na atenção básica se resolvem quase 80% dos problemas de saúde pública oferecendo atendimento ao povo Brasileiro

Agradeço especialmente a minha querida equipe, por ter colaborado comigo na realização de todas as etapas que foram desenvolvidas neste trabalho, por me ajudarem, durante todas as ações, oferecendo todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis, todo carinho, respeito, e por tornar minha vida no Brasil cada dia mais fácil.

EPIGRAFE

A esperança é, pois garantia do possível". Viver é possível com a condição de que o homem aceite o risco de comprometer-se e de olhar sempre a frente de maneira que sempre sobreponha, e nunca se limite ao momento presente e suas satisfações.

”(FURTER)

RESUMO

A educação em saúde, associada ao autocontrole das doenças associadas, modificação dos risco, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para controlar os pacientes com risco de desenvolver o Diabetes. O conhecimento da doença está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares . Na ESF 4406 do município de Ceilandia de Distrito Federal, foi proposta intervenções psicoeducativas visando o empoderamento dos *pacientes* sobre os fatores de risco de desenvolver o Diabetes Mellitus. Em nossa área de abrangencia a população alvo serão 64 pacientes, a amostra (n=30) com risco de Diabetes Mellitus registrado no SIAB da equipe. Serão inclusos os pacientes de 18 a 79 anos com risco segundo os critérios clinico estabelecido foi identificada a necessidade de que eles adquiram mais conhecimentos sobre a doença..A principal estrategia foi utilizar atividades psicoeducativas ,depois de receber as aulas, os usuarios responderam a um segundo questionário para confirmar a eficácia da atividade educacional. A intervenção educativa realizada foi eficaz no que se refere ao empoderamento dos pacientes sobre risco de desenvolver o Diabetes, tacada-se que não ouve evasão dos participantes o que chama a atenção quanto a necessidade sentida resultante no interesse da população.Conclui-se que é necessário efetivação das ações educativas com o objetivo de aumentar o nivel de conhecimento de nossa população e estimulando a autonomia dos sujeitos com esses e outros temas nos diferentes grupos populacionais sempre selecionando após diagnostico situacional.

Palavras-chave: Educação em saúde , Risco de Diabetes,Diabetes mellitus

ABSTRACT

Health education, associated with the self-control of associated diseases, modification of risk, to physical activity and diet, is an important tool for tracking

patients at risk of developing Diabetes. The knowledge of the disease is related to improvement of quality of life, the reduction of the number of descompensações, the smallest number of hospitalizations. In the municipality of 4406 Ceilandia FHTS of Distrito Federal, psicoeducativas interventions was proposed aiming at the empowerment of patients about the risk factors of developing Diabetes Mellitus. In our area of abrangencia the target population will be 64 patients, the sample ($n = 30$) with risk of Diabetes Mellitus registered in the SIAB team. Will be included patients from 18 to 79 years with risk according to clinical criteria established was identified the need for them to acquire more knowledge about the disease. The main strategy was to use psicoeducativas activities, after receiving the lessons, users responded to a second questionnaire to confirm the effectiveness of the educational activity. The educational intervention performed has been effective with regard to the empowerment of patients about risk of developing Diabetes, shot-if you don't listen to circumvention of the participants what draws attention as the need felt resulting in the interests of the population. It is concluded that it is necessary to effectuate the educational activities with the objective of increasing the level of knowledge of our population and stimulating the autonomy of subjects with these and other topics in different population groups always selecting after Situational diagnosis.

keywords: health education, risk of Diabetes, Diabetes mellitus

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	09
1.1 Introdução.....	09
1.2 Objetivos: Geral e Específicos.....	13
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	14
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	21
4CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICES.....	36

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

O Diabetes Mellitus atualmente é considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social. Sua importância nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética¹⁻³.

O Diabetes Mellitus (DM) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida dos pacientes. É uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Assim, a prevenção do diabetes e suas complicações tem sido prioridade para a saúde pública, e o cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família continua sendo um desafio para a equipe de saúde⁴.

A frequência do diabetes tem aumentado rapidamente no mundo, nos últimos anos. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde reconheceu que a doença é epidêmica. As estatísticas apontam que o número de casos registrados em 1977, cerca de 143 milhões, deve se multiplicar até 2025, podendo chegar aos 300 milhões⁵.

Segundo a International Diabetes Federation (2002), a população mundial de diabéticos é cerca de 5.5 bilhões de pessoas, sendo que na população adulta (entre 20 e 79 anos) este número é de 3.3 bilhões. O impacto global do diabetes é relevante. As maiores incidências ocorrem: Leste do Mediterrâneo e Oriente Médio: 17 milhões; América do Norte: 21.4 milhões; Europa: 22.5 milhões; Sudeste Asiático: 34.9 milhões e no Oeste do Pacífico 44 milhões⁶.

O Brasil é o quinto país com maior número absoluto de diabéticos no mundo e deve permanecer na mesma posição em 2030, segundo a Federação Internacional de Diabetes. Em 2010, 7,6 milhões de brasileiros tinham diabetes, número que deve aumentar para 12,7 mil em 20 anos. Alguns dos fatores que favorecem esse

crescimento alarmante de casos são o estilo de vida e o envelhecimento da população.⁷

Em seis anos, a incidência de diabetes no Distrito Federal aumentou 22%. No ano passado, 6,6% dos moradores da capital (165 mil pessoas) se declararam portadores da doença, enquanto em 2006, o índice era de 5,4%. Os dados fazem parte da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, divulgados pelo Ministério da Saúde. O aumento segue a tendência nacional, já que houve crescimento de 40% na quantidade de diabéticos no país: 7,4%, em 2012 (15 milhões), contra 5,3%. Embora a ocorrência da doença em Brasília seja menor que a do Brasil, o dado preocupa especialistas por estar relacionado à má qualidade na alimentação e ao sedentarismo. Conhecimento e atitudes a respeito da doença, aprendidos por meio de estratégias participativas e metodologias inovadoras no processo educativo são importantes e, às vezes, essenciais para mudança de comportamento. Considerando que a educação em saúde e a abordagem comportamental têm grandes efeitos sobre os aspectos cognitivos e psicológicos do indivíduo. Portanto, iniciativas para a promoção da saúde constituem uma das estratégias de prevenção e controle da doença.⁸

O Diabetes deve ser considerado uma realidade no novo século ;é grande o numero de pessoas atingidas pela doença, com estimativas de números ainda maiores ,considerando-se os hábitos de alimentação associados á ociosidade e a falta de conhecimento de muitas pessoas sobre a doença e seus sintomas.²²

A morbidade decorrente da Diabetes e de suas potenciais complicações implica não apenas custos econômicos como também custos desmedidos para os indivíduos ,em termos de dor e sofrimento. Estimamos adequadamente o tamanho do problema, bem como os recursos públicos alocados para seu manejo no âmbito hospitalar representa uma chance para aperfeiçoar as ações de vigilância em saúde e repensar a qualidade e a adaptação das intervenções até então realizadas .²² Pôr o incremento das DCNTs (doenças crônicas não transmissíveis) onde o Diabetes Mellitus está incluída, a clara necessidade de um modelo de atenção à saúde para contemplar e integrar ações eficazes para sua prevenção em minha população, enfatizando na educação em alimentação e nutrição capazes de alcançar de modo eficaz a consciência dos pacientes com risco. Em minha atividade diária como

médica da ESF-4406 de Celilandia ,DF observei uma grande demanda de pacientes cadastrados com risco de desenvolver a doença e sem conhecimento sobre prevenção e consequência da mesma ,e vivenciar no cotidiano a busca de atendimento por pacientes diabéticos presenciei inúmeros pacientes portadores de Diabetes descompensados, em com a presença de complicações como por exemplo :pé diabético ,amputações e outras alterações durante o período classifiquei aos pacientes em acompanhamento com risco e os novos casos, encontrando na população.

Frente a essa situação e compreender até que ponto esses pacientes conhecem e prioriza a redução dos fatores de modificáveis para desenvolver a doença entendendo que a equipe de saúde tem um papel fundamental de educador promovendo ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde optamos por realizar um projeto de intervenção junto aos portadores de risco para desenvolver Diabetes Mellitus ,usuários dos serviços de saúde da UBSF,cujo objetivo será o desenvolvimento de ações educativas visando prevenir a doença e a suas complicações.

A educação em saúde é uma das estratégias que pode contribuir para reduzir a alta prevalência de pessoas com DM . Educar os pacientes com risco de desenvolver DM pode ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle do dia a dia da sua condição de risco ^{9,10}.Estudos de várias partes do mundo mostram efeitos positivos do processo educativo em diabetes, como constatou meta-análise ¹¹. Ao receber tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, os pacientes apresentam melhora no controle glicêmico, na prevenção e no controle das complicações agudas e crônicas. Outros autores ^{9,12} ,também sugerem essa alternativa e definem a educação como processo para facilitar o conhecimento e as habilidades que envolvem práticas corporais, dietéticas, terapêuticas e outras realizadas pelo próprio paciente, para melhorar o controle de risco e preservar ou melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis.

Assim, torna-se imperativa a realização de projetos que consigam promover a aprendizagem de pacientes com risco da doença e com conhecimentos que possam influenciar no controle .

Objetivo Geral

Realizar intervenção educativa visando o empoderamento dos *pacientes* sobre os fatores de risco de desenvolver a Diabetes Mellitus no ESF-4406 do município de Ceilandia.

Objetivos Específicos:

Determinar as variáveis sociodemográficas dos pacientes com risco de diabetes deste território.

Identificar o grau de conhecimento acerca dos fatores de risco envolvidos na Diabetes Mellitus e o desenvolvimento da doença.

Verificar o grau de informação dos pacientes com risco de desenvolver o Diabetes M no ESF acerca dessa doença antes e após o programa educativo.

3 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Ceilandia é um município brasileiro do Distrito Federal .A regional de saúde de Ceilândia possui 12 centros de saúde e uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA).Um hospital publico (HRC) e 3 hospitais particulares.

O projeto de intervenção será realizado na comunidade atendida pela Equipe Saúde Familiar do Centro de Saúde 4406, a qual possui 813 famílias distribuídas em 2 microáreas, que corresponde a 2820 moradores. E tem como principal objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre Diabetes Mellitus em pacientes com risco a fim de evitar o desenvolvimento da doença, enfatizando a promoção no período de janeiro dos 2013 ao agosto dos 2014.

Para execução deste projeto as fontes principais de dados serão as fichas das famílias cadastradas e os prontuarios dos usuários selecionados. Será feita uma lista com os nomes, sobrenomes e endereços de todos os pacientes e durante uma visita domiciliar, sera explicada às características. Aos que aceitarem participar faremos um levantamento inicial que permitirá obter dados gerais de cada usuário e o nível de conhecimento sobre o Diabetes Mellitus.

O PI será realizado pela equipe da saude da ESF-4406 do município de Ceilandia de Distrito Federal, para contribuir com empomderamento dos usuários dos serviços de saúde com risco de desenvolver Diabetes Mellitus. A população alvo serão 64 pacientes a amostra (n=30) com risco de Diabetes Mellitus consignado em o SIAB de nossa área de abrangência. Serão inclusos os pacientes de 18 a 79 anos com risco segundo os critérios clinico estabelecido por o CID 10 e Americam Diabetes Association 2013, que moram na área de abrangência da equipe e que aceitaram o convite.Aplicaremos um Pré-teste para identificar suas necessidades de aprendizagem sobre a doença. O pós-teste será aplicado 60 dias após a realização da intervenção educativa junto aos usuários para confirmar a eficácia da atividade educacional, quanto ao quesito conhecimento.

Fica muito claro diante do exposto que este projeto pode ser confrontador devido à amplitude das ações requeridas à equipe de saúde da família frente às propostas sensibilizadoras constantes no mesmo. O impacto será positivo, caso haja adesão da equipe para execução de uma melhor atenção a estes pacientes, sendo fundamental para tanto o estabelecimento de mudanças no processo de trabalho da

unidade no que tange à promoção de saúde para pacientes com risco de Diabetes Mellitus.

Portanto o Projeto de Intervenção foi dividido em três fases:

Fase 1: diagnóstica: Na primeira fase, consistirá em uma reunião com todos os integrantes da equipe e líder comunitário da área de abrangência com a intenção de sensibilizar aos mesmos sobre a necessidade de aumentar o conhecimento sobre o Diabetes Mellitus em pacientes com risco, evitando assim complicações e melhorar a qualidade de vida deles. Além disso, determinar um espaço para desenvolver as atividades, pretendendo seja na Igreja Evangélica localizada na área de abrangência da equipe e equipado com os recursos próprios da instituição. Será feita uma lista com os nomes, sobrenomes e endereços de todos os pacientes e durante uma visita domiciliar, será explicada o propósito da intervenção. Aos que aceitarem participar faremos um levantamento inicial que permitirá obter dados gerais de cada paciente e o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial. Os responsáveis dessa ação serão os agentes comunitários

Fase 2: intervenção educativa: Uma vez analisados os resultados traçaremos a estratégia educativas , com o objetivo de contribuir para empoderamento de pacientes com risco de desenvolver o Diabetes Mellitus . As intervenções educativas serão realizadas uma vez por semana para cada turma ,por meio palestras, discussão em grupo, sessões psicoeducativas que constitui uma modalidade de intervenção em grupo, apropriada a um conjunto de pessoas que partilham de um mesmo problema, trata-se de uma intervenção de curta duração, previamente estruturadas, dinamizadas por um profissional da área da saúde. Esta intervenção visa proporcionar um suporte informativo (fornecer informação útil e instrumental sobre a temática) e um suporte emocional (criar espaço para expressão e normalização de emoções associadas à problemática e treino de competências de redução do estresse, gestão das emoções e resolução de problemas).

Para facilitar a execução da intervenção educativa e o aproveitamento dividiremos o grupo em dois subgrupos de 15 pessoas. O local programado para realização das intervenções será no salão da ESF e na igreja da comunidade, e, os recursos materiais para o desenvolvimento das ações serão busca eletrônica sobre

a temática abordada, laptop, quadro negro, lapis, folhas. Espera-se que a partir do desenvolvimento de ações educativas possamos contribuir para modificação dos riscos modificáveis .

A melhor maneira de proporcionar a educação ao paciente risco é através de uma equipe multidisciplinar pelo qual a equipe de trabalho contaram com a médica, a enfermeira, quatro Agentes Comunitários de Saúde, a técnica em enfermagem, Odontologista, Assistente Social, a Nutricionista e Educador físico.

Fase 3: de avaliação: Dois meses depois da intervenção será novamente aplicado questionário inicial, desta vez não serão incluídos os dados gerais conforme as primeiras questões do pré-teste (Apendicê), serão mantidas os questionamentos que permitem avaliar apenas o conhecimento adquirido através do processo de intervenção. A avaliação serão aplicada pelo técnico de enfermagem e ACs.

Os resultados das ações educativas serão avaliados levando-se em conta os seguintes itens positivo/negativo e interessante (PNI). Os participantes deverão marcar um X só na opção que considerarem corretas em cada questão. Os valores das questões serão avaliados pelo número de respostas certas. O resultado da pesquisa será avaliado da seguinte forma: Menor de 33 % de respostas certas: avaliação será considerada ruim; Entre 33 % e 66 % de respostas certas: avaliação será considerada regular; -Maior de 66 % de respostas certas: avaliação será considerada boa.

O QUÊ?	QUANDO?
Elaboração do Pré-teste e Pós-teste	04/04 à 30/04/ 2014
Aplicação do Pré-teste durante as visitas domiciliares.	30/04 à 15/05/2014
Seleção ou preparação material educativo	30/04 à 15/05/2014
Aplicação do Questionário (Pré – teste) durante as visitas domiciliares	02 /06 à 31/06/2014
Realização da Intervenção Educativa (grupo 1)	04/07 à 23/08/2014
Realização da Intervenção Educativa (Grupo 2)	04/07 à 23/08/2014
Aplicação do Pós-teste	01 á 15/09/2014

Cronograma

Atividade	Tipo de atividade	Responsável	Data
Tema 1: Causas e consequências da Diabetes Mellitus	Palestra	Médica +Enfermeira	04/07/14
Tema 2: Peso Adequado e alimentação saudável para o controle do risco	Palestra demonstrativa	Nutricionista	11/07 /14
Tema 3: Importância da adesão à terapêutica medicamentosa para as doenças associadas	Roda de conversa	Enfermeira.	25/07/14
Tema 4: Ilustração de pacientes com sequelas de Diabetes Mellitus.	Vídeo e debate do tema.	Equipe multidisciplinar	09/08/14
Tema 5 Exercícios físicos no paciente risco	Atividade pratica	Educador físico	16/08/14
Encontro com pacientes diabéticos e familiares.	Roda de conversa	Equipe multidisciplinar	23/08/14

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O PI iniciou em março e contou com a participação de todos os membros da equipe, composta por uma técnica de enfermagem, enfermeira, agentes comunitários de saúde, eu como médica da equipe e a nutricionista para realização das ações propostas equipe. O clínico geral selecionou 30 usuários que aceitarem participar de forma voluntaria no estudo, ter classificado como risco de desenvolver Diabetes Mellitus, ter de 18- 79 anos ou mais e foi precedida de convite individual mediante apresentação e esclarecimento sobre o caráter, os objetivos e procedimentos metodológicos da intervenção. Os participantes foram subdivididos

em dois grupos de 15 usuários e o projeto começou a partir de junho de 2014. Foram realizados encontros semanais com os grupos por dois meses consecutivos do 04/07/2014 a 23/08/2014, oito encontros para cada um dos grupos, na 1ª palestra contou com 28 participantes, as demais aulas com um número superior de participantes: (30 pessoas), não contamos com faltosos. Os locais onde realizamos os encontros foram realizados na igreja da comunidade e salão da ESF. O profissional responsável por cada ação educativa do primeiro grupo foi o clínico geral e do segundo grupo foi a enfermeira, junto com os demais integrantes da equipe de saúde.

Durante esse tempo, os pacientes participaram de ações educativas para conhecer mais sobre a doença, suas complicações, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar a doença. Eles foram orientados sobre a necessidade de adesão ao tratamento das doenças associadas e receberam noções de nutrição, controle de estresse. Foram desenvolvidos encontros com a nutricionista em horários diferentes para cada grupo, no total de dois encontros, sobre alimentação, proporcionando informações sobre hábitos alimentares saudáveis, dietas e doenças, entre outros para uma melhor qualidade em relação à saúde dos participantes. Eles foram feitos na igreja da comunidade, não houve dificuldades para o desenvolvimento das aulas onde fizemos um debate após as palestras que foi muito proveitoso para todos os participantes já que puderam expor suas dúvidas e as mesmas serem esclarecidas pela nutricionista e a equipe de saúde. Durante os encontros, os pacientes receberam conteúdos educativos sobre causas e consequências da Diabetes. As palestras demonstrativas foram baseadas sobre o controle do peso e alimentação saudável para o controle do risco, que visa à educação sobre o manejo da doença e principalmente a adesão ao tratamento medicamentoso do paciente com doenças associadas. As estratégias cognitivas foram usadas como aliadas à promoção da alimentação e hábitos de vida mais saudáveis. Trabalhou-se com os participantes durante os encontros, valores nutricionais dos alimentos, assim como se explicou a importância de consumir a quantidade adequada de sódio, carboidratos e gordura presente nos alimentos que os participantes mais consumiam. Foi discutida a função de elementos que auxiliam no controle da pressão arterial. Também trabalhamos sobre a importância e benefícios do exercício físico e saúde bucal que visa à que os usuários contribuíssem

com sua própria saúde . Teve-se um encontro com pacientes diabéticos e seus familiares aportando a suas experiências sobre a prevenção da doença .

Penso que foram atingidos totalmente os objetivos do projeto, tivemos como potencialidade a cooperação dos participantes assim como da equipe de saúde.

Os resultados da intervenção podem ser visualizados a seguir:

Dos pacientes incluídos no levantamento sobre grupos de idade e sexo são mostrados na **tabela 1** a qual mostra uma predominância na faixa etária entre 56 e 65 anos. Grupos que variam de 46-55 anos, 66-79 seguido em ordem de frequência e o sexo masculino. Os resultados não coincidem com aqueles encontrados por Valenciaga Rodriguez num estudo clínico humoral sobre risco de Diabetes que planteia que as pessoas entre 35 a 39 anos e o sexo feminino são mais propensos a sofrer de Diabetes⁸

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo grupos de idade e sexo no ESF 4406 .Ceilandia,DF 2014 .

Grupos de edad:						
(Años)	Sexo					
	F	%	M	%	Total	%
18-35	1	3,3	1	3,3	2	6.6
36-45	1	3,3	2	6,6	3	9,0
46-55	3	9,0	5	16,6	8	16,6
56-65	4	13,3	8	26,6	12	28.4
66-79	3	9,0	2	6,6	5	40
Total	12	37.9	18	59,6	30	100

Fonte: Prontuarios e fichas.

Tabela 2. Conhecimento dos fatores de risco do Diabetes Mellitus do ESF 4406 Ceilandia , DF. 2014

Nível de conhecimento dos fatores de riscos								
Bom			Regular		Ruim		Total	
Nº	%		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	7	23.33	8	26.67	15	50.00	30	100
Depois	23	76.67	5	16.67	2	6.67	30	100

Fonte: Pesquisa

A tabela 2 mostra que, antes da intervenção a medição do nível de conhecimento era na maior parte de ruim. Depois de aplicado o programa educacional as avaliações melhoraram consideravelmente. Não encontramos estudos de intervenção para realizar comparação de avaliação do conhecimento dos fatores de risco da Diabetes Mellitus.

Estudos realizados por Braunwald¹⁹ mostraram a associação da Diabetes com obesidade, encontrada em 55,78% dos homens e 44,21% das mulheres, além que a velocidade de desenvolvimento do diabetes pode ser reduzido com o uso de intervenções que tenham como alvo estilos de vida indesejados.

Tabela 3. Conhecimento dos sintomas de Diabetes Mellitus em pacientes com risco de desenvolver a doença do ESF 44-06 Ceilandia DF. 2014

Nível de conhecimento dos sintomas.									
Bom		Regular		Ruim		Total			
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Antes	17	56.67	9	30.00	4	13.33	30	100	
Depois	26	86.67	3	10	1	3.33	30	100	

Fonte: Pesquisa.

Respeito a conhecimento dos sintomas mais comum das doenças, vale a pena mencionar que antes de receber os resultados educacionais variou entre bom e ruim. No entanto, após a intervenção realizada 86.67 % dos pacientes pesquisados notaram corretamente os sintomas como mostra a **Tabela 3**

Em uma intervenção educativa sobre o conhecimento da diabetes realizado em ambulatório de referência, no período de março a outubro de 2010 no Goiás, Pereira Alves Dalma relatou que ao final do estudo, o aumento do conhecimento sobre a doença foi significativamente maior entre os pacientes⁷ o que coincide com nossa investigação só que nossa intervenção fue realizada em pacientes com risco de diabetes e esse trabalho especificamente em pacientes com diabetes.

Tabela 4. Conhecimento do tratamento da Diabetes pelos pacientes com risco da doença no ESF 4406 Ceilandia, DF. 2014

Nível de conhecimento do tratamento.

	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	8	26.67	12	40.00	10	33.33	30	100
Depois	23	76.67	6	20	1	3.33	30	100

Fonte: Pesquisa

Na **4** refere-se ao conhecimento do tratamento da Diabetes . Antes da intervenção educativa, havia principalmente uma avaliação de regular para todos os entrevistados. No entanto, após a aplicação da mesma uma elevada percentagem dos pacientes marcaram os itens certos. Não existem investigações por outros autores que coincidem com os resultados de nosso projeto.

Tabela 5. Conhecimento sobre a dieta do Diabetico no ESF 4406,Ceilandia,DF. 2014

Nível de conhecimento da dieta.

	Bom		Regular		Ruim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antes	16	53.33	10	33.33	4	13.33	30	100
Depois	25	83.33	5	16.67	0	0	30	100

Fonte: Pesquisa.

As respostas sobre as características da dieta dos pacientes diabéticos, como mostrado na **tabela 5** mostraram o nível de informações de pacientes. Na primeira avaliação mais da metade dos pacientes reconheceu que ele deve comer alimentos com baixo de gordura e sal e que a gordura animal é a mais prejudicial para o organismo o que não coincide com aquele relatado de , Pereira Alves Dalma , em sua intervenção educativa sobre diabetes. Os pacientes mostraram conhecimento maior, no início do estudo, nas questões sobre a alimentação. ⁷

Tabela 6. Conhecimento do exercício físico em paciente com risco de Diabetes no ESF 4406,Ceilandia,DF. 2014

Nível de conhecimento do exercício físico.									
	Bom		Regular		Ruim		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Antes	5	16.67	16	53.33	9	30.00	30	100	
Depois	24	80.00	6	20.00	0	0	30	100	

Fonte:pesquisa

Os resultados refletidos na **tabela 6**, podemos falar que quando o levantamento foi aplicado pela primeira vez a avaliação predominantemente era regular. Depois de receber o programa educacional as avaliações foram revertidas para o bem em 80 % dos adultos estudados Em 1980, que reconheceu que a obesidade se torna o mais poderoso factor de risco de diabetes mellitus, pois há

outros fatores capazes de alterar seu efeito líquido: dieta inadequada e sedentarismo que muitas vezes acompanha-lo.⁸

A Organização Mundial da saúde citou a necessidade de diminuir o risco relativo de padecer DM 2, para o qual é indispensável o acesso aos serviços de saúde, assim como desenvolver atividades de promoção de saúde na população e de prevenção em indivíduos com risco de padecer diabetes, que logra –se com ações tales como modificação de fatores de risco o determinantes de tipo ambiental y/o de comportamento .Além Valenciaga Valdes na sua investigação Estudo clinico humoral em pessoas com risco de diabetes relata a morbidade oculta de cardiopatia isquêmica e probabilidade de que exista também hipertensão arterial coincide com nosso projeto onde predominou os antecedentes patológicos pessoais de hipertensão e obesidade⁸

Tabela -07
Distribuição
segundo Doenças
Associados:

Doenças associadas:	No	%
Hiperlipoproteinemia	12	27.9
Hipertensão arterial	9	20.9
Obesidade	9	20.9
Hábito de fumar	7	16.3
Doenças cardiovasculares	6	14
Total	43	100

Fonte: Pesquisa

Vários trabalhos há evidenciado que a obesidade que se deposita predominantemente na região abdominal, onde o risco de diabetes mellitus de tipo 2

se eleva consideravelmente, assim como o de outras complicações tales como: hipertensão arterial, hiperlipoproteinemias e doenças cardiovasculares^{13,18}

A educação de diabetes tem um impacto social importante, dado por mudanças positivas no estilo de vida em relação à dieta, exercícios físicos, o abandono do tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas, bem como o aumento da cultura saúde para pessoas com diabetes, indivíduos em risco e a população em geral; Impede ou retarda as complicações a longo prazo em pacientes e aumenta a vida dessas pessoas, também fornece controle metabólico melhorado e mudanças positivas nos principais indicadores clínicos (redução do peso corporal no excesso de peso ou obesos e redução da pressão arterial); Redu A educação de diabetes tem um impacto social importante, dado por mudanças positivas no estilo de vida em relação à dieta, exercícios físicos, o abandono do tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas, bem como o aumento da cultura saúde para pessoas com diabetes, indivíduos em risco e a população em geral; Impede ou retarda as complicações a longo prazo em pacientes e aumenta a vida dessas pessoas, também fornece controle metabólico melhorado e mudanças positivas nos principais indicadores clínicos (redução do peso corporal no excesso de peso ou obesos e redução da pressão arterial); Reduz internações hospitalares, com a conseqüente diminuição dos custos que isso implica (alimentos, medicamentos, perda de dias de trabalho, entre outros); melhorar a economia do paciente e sua família (custos reduzidos utilizados na compra de medicamentos); Aumenta o nível de conhecimento, habilidades e competências a conviver com sua doença, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.¹²

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O tema sobre a Diabetes Mellitus em pacientes com risco de desenvolver a doença foi muito importante para a população de minha área, conseguimos elevar o nível de conhecimento sobre o Diabetes Mellitus nestes pacientes com risco . Passamos informação sobre o que é o Diabetes, o tratamento, os sintomas e os fatores de risco associados, explicamos também a importância do control das

doenças associadas e de efetuar a dieta conforme orientação do especialista e os benefícios dos exercícios físicos para esses pacientes.

Durante a intervenção foram aplicados pré e pós-teste, junto aos 30 participantes não havendo nenhuma evasão durante os encontros. Tiveram preferência os pacientes com risco de diabetes incluídos no estudo com idade entre 56 e 65 anos, o sexo masculino. O nível de informação sobre Diabetes Mellitus antes da intervenção educativa era regular, depois das aulas e orientações passou para o nível bom. A intervenção educativa aplicada foi eficaz no que se refere ao aumento do nível de conhecimento sobre o Diabetes em pacientes com risco de desenvolver a doença.

Outro aspecto a ser destacado sobre a permanência dos participantes nos encontros apoia a ideia de que aulas psicoeducativas combinadas com assuntos sobre diabetes e cognição podem ser mais atraentes para o grupo incluso, do que uma intervenção com foco exclusivo na doença. Outra vantagem do presente projeto é a priorização das atividades coletivas, como os grupos e as palestras informativas, com objetivo de aumentar adesão da equipe as ações preventivas destinadas a população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de cunho prioritariamente curativo. Também se conseguiu uma infraestrutura de apoio para os grupos, que consistiu em: uma sala reservada para discussão em grupos e exposições e demanda por consulta médica regular diminuiu (considerando os pacientes dos grupos controlados)

Limitações do estudo atual incluem uma amostra relativamente pequena, e um número de sessões psicoeducativas limitado frente à complexidade dos temas abordados. Para os próximos PI, sugere-se a replicação da metodologia do presente estudo, porém com uma intervenção mais prolongada e com avaliações de seguimento para detectar manutenção dos ganhos documentados e possíveis modificações nos estilos de vida dos pacientes. Temos uma equipe preparada e unida e estamos atentos a necessidade e prontos para continuar realizando mais trabalhos deste tipo sobre esse e outros temas com diferentes grupos com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento de nossa população e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem-estar geral, o

projeto contribuiu de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita.

REFERÊNCIAS:

1. Franco LJ. Estudo sobre a prevalência do diabetes mellitus na população de 30 a 60 anos de idade no município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1988.
2. Pupo AA, Ursich MJM, Rocha DM. Estratégia do tratamento do diabetes. Rev Assoc Med Bras 1986; 32(11-12):208-12.
3. Malerbi DA. Estudo da prevalência do diabetes mellitus no Brasil. [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 1991.
4. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 56 p. (Série A. Normas e manuais Técnicos, n. 16).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para a educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus. Florianópolis: SEAD/UFSC; 2009. 127 p.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
7. Pereira Alves Dalma ,Da Silva Campos Costa Nilce Maria,Sousa Lima Ana Luíza.Efeitos de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com Diabetes Mellitus.Rev.latin-americana Enfermagem vol 20 no:3 Ribeirão Preto Maio/Junho 2012
8. Valenciaga Rodríguez JL, Sánchez Valdés O. Estudio clínico humoral en personal con riesgo de diabetes. Rev. Cubana Endocrinol 2009; 3:114-1)
9. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas L, Hosey GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. Diabetes Care. 2008;31(1):12-54.
10. Davies MJ, Heller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Cradock S, et al. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. Br Med J. 2008;336(7642):1-11.

11. Jarvis J, Skinner TC, Carey ME, Davies MJ. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes?. *Diabetes Obesity Metabolism*. 2010;12(1):12-9

12. Pérez Rodríguez A, Barrios López Y, Monier Tornés A, Berenguer Gouarnalusses M, Martínez Fernández I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitas [artículo en línea] *MEDISAN* 2009;13(1).

13. Casanova Moreno M de la C, García Perroa CA, Piloto Tome R. Comportamiento clínico y epidemiológico de la diabetes mellitus en 3 consultorios médicos. *Rev Cubana Endocrinol* 2002; (13 Suppl): 73.

14. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 23a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica;

16. Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégia nacional para a educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus*. Florianópolis: SEAD/UFSC; 2009. 127 p.

17. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. *Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2001.

18. Primer consenso cubano de dislipoproteinemias: Guía para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Endocrinol*. 2010; 17 (4): 1-31

- 19 . Braunwald E. *Principios de medicina interna*. 11ª ed. México: Panamericana; 2003

20. Torres HC, Franco LJ, Stradioto MA, Hortale VA, Shall VT. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 2009;43(2):291-8.

21 Skinner TC, Carey ME, Craddock S, Dallosso HM, Daly H, Davies MJ, Doherty Y, Heller S, Khunti K, Oliver L; DESMOND Collaborative. 'Educator talk' and patient change: some insights from the DESMOND (Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed) randomized controlled trial. *Diabet Med.* 2008;25(9):1117-20.

22. GINDE,CAMARGO,2008 apud RODRIGUES,2012.p11-12.Baixa adesão ao tratamento de Diabetes – Plano de intervenção

Apêndices

1ª Sessão Apresentação da equipe e participantes. Realização de sondagem com os participantes, para saber o que sabiam o que gostariam de saber sobre o Diabetes . Introdução geral sobre envelhecimento saudável e patológico (doenças crônicas em particular diabetes causas e consequências).

2ª Sessão. Aula psicoeducativas `` alimentação saudável e peso adequado para o control do risco`` E a influencia do sal e gordura. Foram apresentados alguns exemplos do uso de imagens mentais com exercício de atenção visual os participantes tiveram que achar todos os quadros em uma folha com pequenas figuras geométricas. Valores nutricionais dos alimentos: explicou-se a importância do consumo adequado de sódio e gordura . Foram utilizadas embalagens de alimentos industrializados .

3ª Sessão psicoeducativa :Importancia da adesão ao tratamento das doenças associadas nos pacientes com risco ,foram

Organizadas a traves de chuva de ideas onde cada paciente citou o seu critério e a forma de abordar e reconhecer as doenças associadas que eles apressentan ,a maioria deles não reconheciam nem identificaram as doenças .foram apresentadas as diferentes doenças a traves de imagens. Também os participantes recebiam cartões orientando-os a tomar medicamentos em um horário, como em: `` o senhor devera tomar este medicamento duas vezes ao dia de doze em doze horas ^`.Perguntou-se a cada participante , com diferentes horários a que horas terá que tomar os medicamentos novamente ? .

4ªSessão Aula psicoeducativa Conhece as sequelas da Diabetes? Serão projetadas imagens sobre pacientes com sequelas de diabetes .Os participantes expuseram as suas próprias experiências levantando a mão ,Logo explicaram detalhadamente como atua em cada órgão alvo,Se mostrará um paciente com Pé diabético comenzaraõ com uma pergunta Conhece o que é o Pé diabético .

5ª Sessão Aula psicoeducativas: O exercício físico e sua importância para uma saúde boa”. a importância do exercício físico e da mudança no estilo de vida . Os participantes ouviram uma lista sobre hábitos de vida saudáveis , extraídas de uma revista sobre saúde e cada um tiveram que decidir levantando a mão direita ou esquerda se era uma boa ou má notícia, respectivamente.

6ª Sessão Aula psicoeducativa .Encontro com familiares e pacientes diabéticos .Nesta sessão os participantes realizarão um encontro com familiares de pacientes com diabetes e os próprios pacientes diabéticos numa troca de experiências .Além acontecer o encerramento das sessões ,um intercambio entre os participantes propiciará que se trate sobre o antes e depois das sessões o conhecimento adquirido ou não assim como as experiências positivas negativas ou interessantes vividas durante os encontros .Finalmente três cartões serão dados a cada participante que terão representados tristeza ,alegria o indiferença eles realizarão a escolha.

Caro usuário:

Com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento com relação a prevenção da Diabetes Mellitus, preparamos ações educativas que atendam suas necessidades, pedimos sua colaboração. Os dados fornecidos por você serão processados pela equipe da ESF. Agradecemos antecipadamente sua participação .

1. Idade e sexo.

De 18 a 35 anos ____.

De 36 a 45 anos ____.

De 46 a 55 anos ____.

De 56 a 65 anos ____.

De 66 a 79 anos ____

Sexo:

Feminino ____.

Masculino ____.

2. Conhecimento dos fatores de risco e doenças associadas do Diabetes Mellitus:

Marque com um X a alternativa que considerar verdadeira.

2.1. História familiar de Diabetes Mellitus ____.

2.2. Hábitos tóxicos ____.

2.3 Obesidade ____.

2.4 Colesterol alto ____

2.5 Cardiopatias ____

2.6 Hipertensão arterial ____

3.. Você sabe os sinais e sintomas de hipertensão arterial? Marca com um x:

3.1 Aumento do apetite

3.2 Perda de peso ____.

3.3 Sede excessiva ____.

3.4 Urinar muito ____.

3.5 Cansaço ____ .

3.6 Vista embaçada ou turvação visual ____.

3.7 infecções frequentes ,sendo as mais comuns ,as infecções de pele ____.

4. Você tem noção sobre o tratamento da Diabetes ? Marca com um x:

4.1 controlar a dieta ____.

4.2 insulina ____.

4.3 hipoglicemiantes orais (Metformina) ____.

5. A dieta do Diabético exige: marca com um x:

5. 1 Comer com baixo nível de açúcar ____.

5. 2 Comer varias vezes ao dia ____.

5. 3 Comer com pouco sal e evitar gorduras ____.

5.4 O que você costuma comer?-----

6. O que deve fazer um paciente com risco de Diabetes com relação ao exercício físico: marque com um x:

6. 1 Practicar exercício físico diariamente ____.

6. 2 Não fazer exercício físico ____.

6. 3 Realizar exercício físico intenso ____.

6. 4 Praticar exercício físico coletivo supervisionado ____.